

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Décembre 1893, à 1 heure

PAR

le Docteur F. LESIMPLE

Né à Gâtelles, le 15 Août 1868.

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS PRIMITIVES

du Médiastin antérieur

Président : M. HAYEM, professeur.

Juges : MM. { POTAIN, professeur.
 { MARIE et NETTER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Décembre 1893, à 1 heure

PAR

le Docteur F. LESIMPLE

Né à Gâtelles, le 15 Août 1868.

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS PRIMITIVES

du Médiastin antérieur

Président : M. HAYEM, professeur.

Juges : MM. | POTAIN, professeur.
| MARIE et NETTER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

60

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	} DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	} SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	N.
Maladie des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	N...
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	N...
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	} TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	QUENU.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	
CHAUFFARD.	LÉTULLE.	RICARD.	
DEJERINE.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS PRIMITIVES
du Médiastin antérieur

INTRODUCTION

Les tumeurs primitives du médiastin antérieur ont, dans ces derniers temps, attiré l'attention du monde médical et donné lieu à un récent (1) et important travail. En écrivant leur histoire toute d'actualité, nous ne nous sommes point cependant proposé de faire œuvre nouvelle. Plus humble dans nos desseins, notre but a été le suivant : réviser la question, l'étudier, en présenter un travail consciencieux et complet, tout en ajoutant à l'édifice, quelques remarques personnelles.

Nous avons été facilités, dans cette tâche, par le beau travail du docteur Letulle, médecin de l'hôpital St-Antoine. Nous nous y sommes fréquemment reportés et possesseurs d'une seule observation personnelle, nous avons jugé nécessaire, de rapporter

(1) Letulle, *Arch. gén. de médecine*, 1890.

les observations déjà publiées dans son ouvrage, afin de jeter la lumière sur un sujet pathologique, dont on a bien rarement la bonne fortune d'observer un cas.

Nous ne voulons point commencer cette thèse, sans présenter au docteur Letulle l'hommage de nos remerciements. Nous n'oublierons point, que nous en devons l'idée première, à la lecture du travail qu'il a publié, dans les « Archives générales de médecine. »

Nous tenons à remercier également MM. les docteurs Théophile Auger et Tuffier : nous avons eu l'honneur d'être leur externe et nous sommes heureux de leur rendre ici, le témoignage de notre reconnaissance.

M. le docteur Fernet, dont nous avons été également l'externe : c'est à l'excellence de son enseignement, que nous devons une partie de nos connaissances médicales, et nous nous souviendrons qu'il fut pour nous un maître dévoué.

M. le docteur Tapret, qui fut pour nous un maître et aussi un ami : nous avons toujours trouvé auprès de lui un accueil rempli de bienveillance et nous le prions de recevoir l'humble expression de notre gratitude.

Que M. le professeur Tarnier, reçoive également nos remerciements, pour le temps que nous avons passé dans son service à la Maternité.

M. le professeur Hayem, a bien voulu accepter la

présidence de cette thèse. Nous sommes très sensibles, au grand honneur qu'il nous a fait.

Parmi nos amis nous voulons encore remercier notre camarade Demantké, interne des hôpitaux, pour le concours qu'il a bien voulu nous prêter, dans l'accomplissement de notre thèse.

HISTORIQUE

La question des tumeurs du médiastin, est une question que l'on peut qualifier de nouvelle, puisque certaines de ses particularités n'ont guère été élucidées que dans la dernière moitié de ce siècle. Dans les traités et bulletins médicaux, publiés il y a 30 ans, on ne la retrouve guère qu'à l'état d'ébauche : à l'état d'observations isolées, les auteurs, se contentant de rapporter les cas observés, sans oser en tirer les déductions qu'ils pouvaient comporter. De semblables conclusions, eussent d'ailleurs été hasardées, à une époque où l'histologie n'avait point encore réalisé ses espérances et jeté sa lumineuse clarté, sur le vaste champ de la pathologie.

Les anciens auteurs, regardaient presque tous les sarcômes et carcinômes du médiastin, comme propres au thymus.

Faisant l'autopsie d'un homme mort à 57 ans, Tozzetti, trouve une grosse tumeur, qu'il qualifie de dégénérescence thymique, en dépit de l'âge du sujet. (*Raccolta di opuscoli medico-pratici*, t. II, p. 99).

Rapportant en 1832, une observation, Astley Cooper, donne des détails plus précis. En analysant son cas, on voit qu'il s'agit probablement d'un sarcôme médullaire primitif, développé chez une jeune fille de 19 ans. Cette personne, mourut lentement

asphyxiée, après avoir eu, pendant plusieurs mois, des crises de violente dyspnée. (*The Anatomy of the thymus gland*, p. 44, 1832).

En 1835, à propos d'un fungus du testicule, Falcon, affirme l'origine secondaire de la tumeur et place dans le thymus, sa localisation primitive. (*Raccolta di opuscoli medico pratici*, t. II, p. 99).

Les faits semblables dans la littérature sont rares : on voit d'après ce qui précède, que la notion étiologique relative au thymus, est admise sans conteste. Plus tard, une réaction se dessine et le rôle du thymus, dans les tumeurs qui nous occupent, se trouve infirmé. Au point de vue de la pathogénie, ce qui frappe ces mêmes auteurs anciens, c'est la tendance fâcheuse qu'ont ces tumeurs, à se généraliser rapidement et à envahir tous les organes du médiastin.

Cette première étape franchie : nous arrivons aux temps modernes.

En 1858, Friedleben soumet à une critique rigoureuse, toutes les opinions anciennes. Après avoir étudié les observations rapportées avant lui, il est frappé tout d'abord d'un fait : à savoir la rareté des affections, qui ont pu déterminer ces publications. Il renverse complètement les faits acquis et déclare nettement, qu'en face des symptômes des tumeurs du médiastin, il est inutile de songer au thymus, pour en expliquer l'origine.

Dans un journal allemand, publié en 1854, Bohn écrit un article intitulé : « Contribution à l'étude des

affections du médiastin ». (*Deutsche Kliniki*), p. 227-237.

En 1869, Monsieur le professeur Hayem publie une observation de tumeur sarcomateuse du médiastin, dans laquelle les récurrents et les pneumogastriques étaient nettement comprimés.

A partir de ce moment, commencent à paraître, les premiers travaux d'ensemble relatifs à la question et en 1870 Riegel publie un important mémoire. (Virchow's. Arch. 1870. B d XLIX, p. 208).

En 1872, Eger, fixe d'une façon précise, les caractères histologiques des tumeurs du médiastin. (Lur Pathol. der mediastinal tumoren, Breslau, 1872. — Archiv. f. Klin. Chirurg., 1875, B d XVIII, p. 493).

Monsieur Steudener, rapporte en 1874, une observation de sarcôme hémorrhagique. Dans cette observation, l'examen microscopique est fait et on se trouve, d'après l'auteur, en présence d'un sarcôme hémorrhagique à cellules rondes, développé aux dépens du thymus. (Virchow's Arch. B d 59, p. 463. 1874).

Enfin, Rendu, en 1875, publie une revue générale, sur les tumeurs du médiastin, dans laquelle, il cherche à fixer leur symptomatologie et c'est de ce travail, que date réellement leur histoire. Rendu fait en général, des tumeurs du médiastin, des lymphadénômes et refuse au thymus, le rôle qu'on a voulu lui faire jouer. « On a été, dit-il, jusqu'à incriminer le thymus, quoiqu'il soit peu vraisemblable, qu'un organe transitoire, dont les débris se retrouvent à

peine après la naissance, redevienne tout à coup susceptible de se transformer en néoplasme envahissant ». L'auteur ajoute qu'il est cependant des faits qui viennent à l'appui de cette opinion et, dans une note explicative, il cherche à atténuer ce que sa première idée avait d'excessif. (Rendu. Tumeurs malignes du médiastin. Archiv. gén. de médecine. 1875).

En 1877, M. Afanassier, par une étude consciencieuse du thymus, fait faire à la question, des progrès d'une façon indirecte (Archiv. f. mikroskop. Anat. 1877, Mai).

La même année : Birch-Hirschfeld, écrit qu'un grand nombre de tumeurs du médiastin antérieur, ont le thymus pour origine. Tantôt dit-il, on se trouve en présence de lympho-sarcômes à forme molle, tantôt de néoplasmes, qui s'accroissent par la périphérie et se composent de cellules arrondies, inégalement distribuées dans un stroma fibreux (Lehrhich der pathol. Anatomie, Leipzig 1877).

M. Hédénus, démontre que des sarcômes, peuvent se développer, aux dépens du thymus, même chez l'adulte (Nordiskt medicinskt. Archiv, B d X n° 24 1878).

Cette notion pathogénique du thymus n'était pas encore bien acclimatée en France et elle procura à MM. Hahn et Thomas, en 1879, l'occasion d'une « excellente monographie » qui parut dans les Archives générales de médecine. Dans ce travail, M. Hahn, rapporte une observation, dont la première partie

appartient à M. le Dr Soderbaun d'Eskilstuna, et la seconde à M. Hédenius. M. Hahn termine sa monographie en concluant que chez « les enfants ou les individus plus âgés, le thymus devient parfois le point de départ de sarcômes de différentes formes ». Il ajoute, que ces tumeurs ont peu de tendance à se propager aux organes qui les entourent : qu'elles peuvent rester longtemps à l'état latent et qu'elles donnent lieu principalement à des phénomènes de compression.

Depuis ce moment, la science reste muette sur ce sujet : si l'on en excepte quelques renseignements, que l'on peut puiser dans les bulletins de la Société anatomique, on ne trouve rien ou presque rien d'utilisable.

Il nous faut arriver au 18 septembre 1887 pour retrouver la question dans sa véritable phase : le docteur Letulle publie à ce moment, trois observations de néoplasmes primitifs du médiastin antérieur (*semaine médicale*). Enfin, en 1890, dans les Archives générales de médecine, le même auteur autour de ces trois observations antérieurement résumées, donne une série d'autres cas indiscutables, que nous rapporterons dans cette thèse. Il fixe d'une façon définitive, dans le thymus, l'origine des tumeurs non ganglionnaire et développées primitivement dans le médiastin antérieur.

Etiologie

L'étiologie, des tumeurs primitives du médiastin antérieur, est mal connue. On les rencontre en général, chez des individus sans antécédents, soit personnels, soit héréditaires. Elles attaquent, de préférence, des individus jeunes encore ; leur maximum de fréquence se trouve dans l'adolescence ; c'est là un fait caractéristique et important de cette variété de tumeurs : enfin comme dernier caractère, elles surviennent plus fréquemment chez l'homme que chez la femme.

Pathogénie et Anatomie pathologique

Nous étudierons, dans un même chapitre, ces deux points de notre sujet ; en dehors de l'observation que nous a communiquée notre ami Demantké, observation que nous avons pu suivre, dans le service de notre maître M. le Dr Tapret, à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons largement puisé dans le mémoire de M. Letulle. Sauné dans son article du Dictionnaire de Déchambre, cite plusieurs observations qui prouvent nettement l'origine thymique des tumeurs du médiastin antérieur, que nous nous proposons d'étudier dans notre thèse. La dernière observation que nous publions

celle de notre ami Demantké, est moins nette, pour ce qui concerne l'origine thymique, envisagée au point de vue histologique, mais on y rencontre les autres caractères de ces tumeurs.

M. Letulle a classé ainsi ces caractères :

« 1° La localisation primitive et exacte dans la partie *supérieure* et a proprement parler *justa-sternale* du médiastin antérieur.

2° La progression descendante et *pre-pericardique* des fusées néoplasiques, qui naissent de ce foyer spécial.

3° Le refoulement excentrique plus ou moins marqué des poumons et du cœur, refoulement souvent compliqué d'un côté ou de l'autre par l'infiltration néoplasique.

4° L'envahissement par contiguité de l'une ou l'autre des deux plèvres médiastines. Cet envahissement, commence toujours par la partie supérieure adjacente au thymus, le parenchyme pulmonaire n'est pris que secondairement à la plèvre.

Tels sont les principaux arguments tirés de l'étude macroscopique des tumeurs primitives du médiastin antérieur et proposées en faveur du thymus ».

Au point de vue histologique, nous savons que le thymus est essentiellement constitué par « des séries, des amas de lobules de tissu lymphoïde ». M. Letulle le compare justement, à une sorte de lymphadénome physiologique et transitoire ; or, le lymphadénome est extrêmement fréquent dans cette région. Depuis longtemps, on a abandonné l'opinion qui faisait pro-

venir les tumeurs dont nous nous occupons, du tissu cellulaire du médiastin ou de la paroi conjonctive des vaisseaux : pourquoi refuser au thymus un rôle qu'on a bien voulu attribuer à d'autres organes ?

De plus, la fréquence des lymphadénomes, qu'on rencontre dans cette région, fréquence démontrée par de nombreux travaux, la rareté des sarcomes et de leurs variétés, ne saurait contredire, l'existence de tumeurs d'origines épithéliale et l'histologie a démontré en effet leur présence dans plusieurs cas. Depuis que l'on sait que les carcinômes, puisent leur origine, non dans le tissu conjonctif, mais dans un tissu épithélial quelconque, on est bien forcé de revenir encore au thymus, pour expliquer les épithéliômes et les carcinômes du médiastin antérieur. Il ne se trouve dans cette région, qu'un seul organe indubitablement doué à un moment donné, d'un épithélium qui peut leur servir de matrice, c'est le thymus. Si le thymus devient plus tard un organe lymphoïde, il n'est au début qu'un « caecum épithélial » qui se développe « chez l'embryon humain aux dépens de la partie ventrale de la troisième fente branchiale » (1).

Ce ne sont point là, les seuls arguments, que l'on peut invoquer en faveur de l'origine thymique, des tumeurs du médiastin antérieur. Quand on étudie en effet histologiquement ces tumeurs, on est frappé par le polymorphisme des cellules qui les constituent ; ce

(1) Pierre de Muron. Recherches sur le thymus, Genève 1886.

polymorphisme, ne peut guère s'expliquer que par l'origine glandulaire des tumeurs.

M. Letulle attache de plus une grande importance, à ce fait que les tumeurs du médiastin antérieur ne se révèlent guère qu'au moment de l'adolescence. C'est en effet au moment où le thymus se désagrège, se dissout pour ainsi dire, c'est à ce moment que les accidents se montrent. On pourra « reconnaître dans cette localisation précise non plus un hasard aveugle mais l'application d'une loi pathologique ». Le cancer en effet, menace d'une manière plus générale les glandes de l'organisme, au moment de leur involution. Si l'on admet ce fait pour le testicule, la mamelle, le foie, l'utérus ; on ne voit pas pourquoi le thymus, organe transitoire, ne rentrerait pas dans cette catégorie.

A. Saune, dans son article du Dictionnaire de Déchambre (1889), étudiant les tumeurs développées, aux dépens du thymus, s'exprime ainsi : « Si l'on en croit les anciens auteurs, toutes les tumeurs malignes du médiastin avaient leur point de départ dans le thymus et cela sans que l'âge avancé de certains malades fit naître la moindre hésitation. Tels sont les cas de Tozetti, de Falcon : celui d'Astley Cooper encore insuffisamment caractérisé, comporte quelques détails plus intéressants et donne à croire qu'il s'agit d'un sarcome médullaire primitif du thymus.

En somme, faits douteux pour la plupart, c'est ce qui résulte de l'étude approfondie et vigoureusement conduite de Friedleben.

Outre la disette de documents authentiques, cet auteur, fait remarquer que le thymus, organe mal connu dans sa structure et dans son fonctionnement, mais destiné notoirement à une prompte régression, ne saurait être un terrain bien apte au développement du processus pathologiques. Quelques auteurs ont trouvé ces conclusions excessives. On a pu produire en effet quelques observations plus soignées, plus détaillées, enrichies de documents histologiques et valables assurément. Mais nous n'en sommes pas encore arrivés à voir se réaliser l'hypothèse énoncée en 1877 par Birch-Hirschfeld, à savoir : qu'un grand nombre de tumeurs du médiastin antérieur, lympho-sarcôme, à forme molle, néoplasmes durs s'accroissant par la périphérie et se composant de cellules arrondies, inégalement distribuées dans un stroma fibreux : ont le thymus pour origine.

Pour le moment, le nombre de faits authentiques en apparence, se borne à deux.

Le premier, est dû à Stendener, il a trait à un enfant d'un an, bien portant jusque-là et emporté en quelques jours, par une pneumonie droite. Outre les lésions ordinaires de la pneumonie, on trouva un sarcôme du médiastin, qui avait perforé son enveloppe en plusieurs points et contracté des adhérences avec les vaisseaux du voisinage. L'examen microscopique soigneusement fait, démontra qu'il s'agissait d'un sarcôme hémorrhagique à cellules rondes développé aux dépens du thymus.

Le second est l'œuvre collective de Soderbaum et

de Hédénus. MM. Hahn et Thomas l'ont traduit in-extenso, dans leur excellent travail ; il a été recueilli en 1878 à l'hôpital d'Estrilstuna. Ces deux auteurs le font suivre des réflexions suivantes :

« La maladie s'est montrée chez un individu arrivé à un âge — vingt-deux ans — où la régression du thymus, eût dû être complète depuis longtemps. Elle a débuté d'une manière insidieuse et plus tard elle a présenté l'aspect d'une pleurésie légère ; il y a eu de la toux accompagnée d'un point de côté droit ; celui-ci a bientôt disparu. La dyspnée a été continue, sans accès de suffocation, elle augmentait seulement, dans certaines positions ; plus tard il est survenu un œdème limité à la partie supérieure du corps. Le tout a marché régulièrement, sans secousses, sans retentissement prononcé sur l'état général et le malade a succombé à l'asphyxie lente, dix-neuf mois après l'apparition des premiers symptômes. L'autopsie a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur parfaitement circonscrite, ne s'étant point propagée aux ganglions, ayant amené une irritation de voisinage presque insignifiante, elle avait comprimé les vaisseaux et les conduits aérifères sans les altérer en aucune manière.

A la coupe et à l'examen microscopique, on voyait qu'elle était formée de deux parties très distinctes, l'une antérieure, contenant outre les éléments adipeux et lymphoïdes, des cellules épithéliales, dont la disposition était celle des corps ronds du thymus ; l'autre postérieure, ayant la structure mixte de certains sarcome hémorrhagiques, elle était constituée surtout par des

cellules de tissu conjonctif à divers degrés d'évolution.

« La lenteur et la régularité de la marche ont été en rapport avec la forme et la structure du néoplasme ; la destruction partielle de l'un des nerfs phréniques, ne s'est décelée pendant la vie par aucun symptôme : la dyspnée trouve son explication, dans la compression des bronches et de la partie inférieure de la trachée, aplaties au point de ressembler à des gaines de sabre.

« D'où venait cette tumeur, se demande M. Hédénus. On trouvait dans son épaisseur des éléments lymphoïdes : portait-elle des ganglions ? Elle renfermait de la graisse, peut-on dire qu'elle naissait du tissu adipeux du médiastin ? Aucune des deux suppositions n'est vraisemblable. Les follicules n'avaient nullement la disposition de ceux des glandes lymphatiques. Si nous comparons ce néoplasme, aux productions que Koster a décrites, nous verrons qu'il n'y avait avec elles aucune ressemblance ; celles-ci sont inégales à leur surface, lobulées, elles sont formées presque entièrement de graisse. Il était lisse en grande partie, sarcômateux et le tissu adipeux n'y entraît que pour une proportion extrêmement minime.

« Il est plus simple et plus rationnel d'admettre que la tumeur en question portait d'un thymus persistant ; les follicules appartenaient à la glande elle-même ; si leur limite conjonctive était en partie disparue, c'est que la régression avait marché, le tissu graisseux que l'on trouvait dans le voisinage, en était un produit. Mais l'élément caractéristique, c'étaient les corps concentriques qui siégeaient à

l'orifice des vaisseaux ; eux seuls eussent suffi pour faire le diagnostic histologique. L'isolement de la tumeur, son siège, sa disposition générale, permettent d'en placer l'origine dans le thymus.

« La prolifération de l'endothélium vasculaire, dit Hédénus, en terminant, analogue à celle que produit l'artérite chronique, l'oblitération consécutive des petits vaisseaux, la présence du tissu graisseux, montraient que l'organe était en pleine involution : on ne voit pas à la suite de quelles circonstances est arrivée la multiplication rapide des cellules du tissu conjonctif ayant abouti au sarcôme. Il a présenté la tendance à la localisation qui le distingue souvent du cancer, il a contracté des adhérences uniquement avec la péricarde et il ne s'est point propagé aux ganglions. »

« Sauné dit encore dans son article que Vaget annonce avoir trouvé deux fois chez des garçons de cinq à six ans, un carcinôme du médiastin antérieur ; carcinôme qui, dans l'un et dans l'autre cas, ne s'étendait que très peu aux poumons, à la plèvre et au péricarde et qui par conséquent avait très probablement, dit-il, pris naissance dans le thymus. »

Chemin faisant, tout en écrivant ce qui a trait à la pathogénie des tumeurs primitives du médiastin antérieur, nous avons jeté çà et là quelques données d'anatomie pathologique, nous avons rapporté les grands caractères que M. Letulle accorde à ces tumeurs : il nous reste dans un second chapitre à compléter ces données.

Les tumeurs dont nous nous occupons, retentissent comme toutes les tumeurs malignes sur les ganglions du médiastin, qui subissent une dégénérescence de même nature que la tumeur qui leur a donné naissance. Ces ganglions forment des agglomérations souvent considérables, adhérentes entre elles ; ces faits avaient attiré de tout temps l'attention, au point qu'on n'avait pas hésité à fixer dans ces ganglions l'origine des tumeurs du médiastin.

Le volume des tumeurs est extrêmement variable et depuis la grosseur d'une orange jusqu'à celle d'une tête d'adulte, on est exposé à rencontrer tous les intermédiaires. Généralement d'un blanc grisâtre, souvent très-dures à la coupe, pour ainsi dire ligneuses ; elles donnent par le râclage quelquefois lieu à la production d'un suc blanchâtre, les tumeurs envoient des prolongements divers, soit en arrière, du côté du médiastin postérieur, en haut, du côté et en arrière de la clavicule, en avant, vers les espaces intercostaux, qu'elles ont même pu perforer dans certains cas, se mettant directement en rapport avec la peau.

Nées dans le médiastin antérieur et l'occupant tout entier, les tumeurs de cette région, peuvent envahir à la longue le médiastin postérieur, déviant et comprimant les organes voisins. Le cœur peut être abaissé, ses parois n'ayant plus leur épaisseur normale. L'aorte souvent entourée par la tumeur, résiste néanmoins, il n'en est pas de même des autres artères qui peuvent être comprimées mais non ulcérées

rées. Les veines sont souvent complètement aplaties, leur calibre effacé presque en totalité, des bourgeons cancéreux les pénètrent fréquemment, les obstruant par là même et par les thromboses auxquels ils donnent lieu. Les nerfs eux-mêmes n'échappent pas à cette compression, on a souvent beaucoup de peine à les retrouver au milieu des tumeurs qui font pour ainsi dire corps avec eux. Tirillés, enflammés, ces organes détruits en partie, le sont quelquefois en totalité. Les bronches elles-mêmes, mais plus rarement, peuvent être également comprimées et devenir ainsi un agent important de dyspnée. Le poumon peut présenter les lésions de l'emphysème ou de l'œdème pulmonaire il est souvent atelectasié. Quelquefois, la tumeur elle-même l'envahit, faisant largement corps avec lui, c'est ce que nous avons rencontré dans le cas que nous avons pu observer à l'hôpital St-Antoine. Le péricarde, les plèvres peuvent également être infiltrées par la tumeur, elles sont également le siège d'épanchements principalement la plèvre, nous insisterons plus tard sur ce fait. Ces épanchements sont de nature diverse, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la lecture des observations publiées ci-dessus, ils peuvent être séreux, hémorrhagiques, purulents, on les a vus chyliformes.

Comme toutes les autres tumeurs, les tumeurs primitives du médiastin antérieur sont susceptibles de généralisation par la voie lymphatique, sanguine, par les séreuses; elles peuvent s'étendre aux autres organes tels que le foie, les reins, les pancréas.

Au point de vue histologique, ces tumeurs sont constituées en général par des lymphadénômes, par des lymphosarcômes, nous avons vu précédemment l'explication de ce fait. On y rencontre également des carcinômes et des épithéliômes qui peuvent s'expliquer également par les notions embryogéniques que nous possédons sur le thymus.

Symptomatologie

Du fait même de leur présence, les tumeurs du médiastin antérieur, donnent lieu à un ensemble de symptômes assez complexes et quelquefois contradictoires en apparence. Il est néanmoins assez facile de s'y reconnaître et une étude attentive et judicieuse, permet de les classer et de les ranger dans différents groupes pour la clarté de l'analyse et la commodité de la description.

Nous distinguons tout d'abord une action sur le thorax.

Action sur le thorax. — Avant que les tumeurs aient donné lieu à des symptômes caractéristiques, les malades qui en sont porteurs se plaignent souvent de douleurs thoraciques, C'est une sensation de barre derrière le sternum et Rendu insiste beaucoup sur la *douleur retro sternale*, on la retrouve en effet dans plusieurs observations.

Si on vient à pratiquer l'examen anatomique du thorax, il n'est pas rare non plus d'observer au niveau du sternum ou plutôt des articulations chondro-sternales droites, une *voussure*. Cette voussure, qui peut atteindre un centimètre et plus, a pu être confondue, avec celle qu'on rencontre dans les anévrysmes de l'aorte.

Il peut arriver aussi, que la tumeur franchissant ses limites ordinaires, se mette directement en contact avec les espaces intercostaux, faisant *saillie* et devenant ainsi directement accessible à la palpation. Dans une observation de Letulle, obs. II, on rencontre une petite saillie, au niveau du premier espace intercostal gauche, faisant corps-avec le sternum. On note un fait semblable dans un autre cas, rapporté par M. Dubost, la tumeur faisait saillie au devant du sternum. Il peut arriver aussi que la tumeur principale, envoie un prolongement derrière l'articulation sterno-claviculaire, ce prolongement facilement senti en général peut devenir une présomption de plus en faveur d'une tumeur intra-thoracique.

La percussion ne donne pas dans ces affections d'un diagnostic souvent difficile, tous les renseignements que l'on serait en droit d'attendre d'elle. On trouve quelquefois de la *matité*, en arrière du sternum et de la clavicule ainsi que dans les espaces interscapulo-vertébraux, mais il n'y a rien de fixe à cet égard. Au contraire, la percussion donne lieu quelquefois à une *sonorité* exagérée, fait étrange et qui vient troubler l'esprit du clinicien. Letulle a donné de ce phéno-

mène une explication rationnelle, il a fait voir qu'en se développant les tumeurs du médiastin antérieur, refoulaient excentriquement le poumon de chaque côté et venaient le tasser contre les côtés, de là l'exagération de la sonorité. En vertu de ce fait la percussion n'est dans ce genre d'affections qu'un mode d'exploration fort inexact et on comprend qu'il soit impossible par ce moyen, de délimiter les tumeurs dont nous nous occupons, nous insistons sur ce fait.

Au point de vue du néoplasme lui-même, l'auscultation ne donne guère des renseignements plus précis. Elle signale à l'esprit de l'observateur, les signes des affections intercurrentes tels que les râles de bronchite, les souffles emphysémateux : elle peut même rester négative. Un fait plus important est la perception dans quelques cas au niveau du hile du poumon d'un *souffle* rude, en rapport avec la compression des bronches, nous nous en expliquerons plus loin. Nous avons hâte d'arriver à un symptôme de premier ordre, sur lequel nous attirons particulièrement l'attention. Nous voulons parler de la *pleurésie* que ne tarde pas à mettre en lumière, une auscultation même grossièrement pratiquée. Généralement unilatérale, la pleurésie peut être double ; elle reconnaît pour causes d'un côté l'irritation transmise à la plèvre par la tumeur elle-même, de l'autre la compression des vaisseaux. Les symptômes auxquels elle donne lieu, sont ceux de toutes les pleurésies en général et nous ne voulons point nous y appesantir. Nous attirons davantage l'attention sur sa fréquence ; fré-

quences si grande qu'on la retrouve dans plus de la moitié des cas. On ne saurait s'en étonner pour peu que l'on songe au volume et à la localisation des tumeurs du médiastin; ces différentes raisons, font qu'on doit la considérer plutôt comme un symptôme que comme une complication et nous ne craignons pas de paraître paradoxal en disant que loin de troubler le diagnostic elle le facilite.

Aidée de la percussion, l'auscultation permet également de découvrir des signes de *péricardite*. Cette péricardite reconnaît les mêmes causes que la pleurésie.

Cette partie de la symptomatologie des tumeurs du médiastin étant terminée : il nous reste à aborder un autre chapitre de leur histoire, non moins intéressant et plus caractéristique, nous voulons parler de celui qui se rapporte aux troubles de compression; par troubles de compression nous n'entendons pas seulement une simple action mécanique, mais encore des altérations de voisinage causées par la tumeur, qui non seulement empiète sur l'organe voisin, mais encore l'altère et le pénètre.

Compression des vaisseaux. — A ce genre de compression, se rattache la *cyanose*. La cyanose peut être légère ou très prononcée : le plus souvent occupant la face, elle peut le faire en partie ou en totalité; elle peut occuper aussi le cou, le thorax et les deux bras. Le caractère de cette cyanose est d'être essentiellement mobile, au début du moins, elle peut paraître ou disparaître plusieurs fois dans la même journée, coïncidant avec des quintes de toux ou des

accès de suffocation. Cette cyanose qu'on a rattachée à la compression de la veine cave supérieure ne reconnaît pas une cause univoque. Comme cause principale, la gêne circulatoire n'est pas à mettre en doute, mais il faut tenir compte aussi de la compression du poumon, soit par la tumeur elle-même, soit par un épanchement péricardique, de la gêne de la circulation cardiaque, du rétrécissement de la trachée et des bronches, de l'irritation du pneumogastrique : toutes causes qui confinent à l'insuffisance de l'hématose et font de la cyanose la résultante de coefficients multiples.

L'œdème, aussi fréquent que le cyanose, est un phénomène qui manque rarement et qui imprime aux tumeurs du médiastin une physionomie spéciale. On pourra se rendre compte de la fréquence et de la valeur de ce signe, au point de vue diagnostique, en lisant les observations publiées ci-dessus car dans chacune d'elle, il a son rôle.

Cet œdème, mobile et variable, est limitée à la moitié supérieure du corps et c'est un spectacle que l'on oublie rarement quand on l'a vu, que celui d'un malade qui indemne ou même fortement amaigri dans la région sous-ombilicale du corps est œdématié dans la région sus-diaphragmatique. Cet œdème, qui dans quelques cas, peut être très-léger et ne consister qu'en une simple bouffissure, peut dans d'autres être excessivement marqué et constitué par une infiltration énorme des paupières, des membres et du thorax. On l'a vu également, n'intéresser qu'un des côtés de la moitié supérieure du corps, la tumeur comprimant

non la veine cave, mais un des troncs brachio-céphaliques. En général c'est la veine cave qui est comprimée, mais cette compression elle-même, étant donnée les ressources de la circulation collatérale, est impuissante à amener l'œdème et il est nécessaire d'invoquer là aussi un trouble de l'innervation vaso-motrice.

A l'œdème, se rattachent comme phénomènes corrélatifs, le développement de la *circulation collatérale* et la *dilatation veineuse*. Cette dernière très fréquente, en dépit d'une opinion exprimée dans un ouvrage récent, se retrouve en effet dans presque toutes les observations. Elle s'observe à tous les degrés depuis un développement sous-cutané léger, jusqu'à une dilatation énorme (Letulle, Obs. III). Cette dilatation veineuse, reconnaît pour cause l'obstacle à la circulation de retour.

Moins fréquent, est le développement de la circulation collatérale complémentaire, par laquelle le sang, collecté par les veines intercostales, mammaires internes, épigastriques, sous-cutanées abdominales et circonflexes éliaques, se rend à l'azygos et à la veine cave inférieure ou à cette dernière uniquement, si l'azygos est oblitérée. Cette circulation complémentaire est plutôt un symptôme rationnel, qu'un symptôme constaté, nous l'inscrivons, dans notre souci d'être complet, mais on conçoit qu'il n'ait guère le temps de se produire, étant donné la rapidité d'évolution des tumeurs du médiastin.

La gêne de la circulation dans le domaine de la veine cave supérieure, obturée par des noyaux can-

céreux, ou comprimée au point de n'admettre quelquefois que le passage d'une sonde cannelée, amène de la *céphalalgie* et des *vertiges* pouvant survenir par accès. On a noté également des *bourdonnements d'oreilles* et des *troubles de la vue*.

A la compression des veines pulmonaires, et à l'élévation de la tension veineuse : correspondent l'*œdème pulmonaire* et les *hémoptysies*. Les hémoptysies sont assez fréquentes dans les tumeurs du médiastin, formant quelquefois un symptôme du début, elles deviennent quelquefois à la période d'état une complication redoutable. Survenant à l'occasion d'un effort, d'un accès de toux, d'une crise de suffocation, elles peuvent survenir sans aucune sorte, s'expliquant par la compression veineuse exercée par la tumeur.

En général, les artères, résistent mieux que les veines à l'agent compressif et dans les observations publiées, on voit que l'aorte est en général épargnée. Néanmoins la *petitesse du pouls* est un symptôme fréquent des tumeurs du médiastin, cette petitesse est unilatérale ou bilatérale ; elle est en général bilatérale. On peut concevoir que la souplesse, l'élasticité de l'aorte se trouvent gênées par la présence de néoplasmes aussi volumineux : suivant que cette gêne porte à son origine ou au-dessus de l'origine de ses branches la petitesse du pouls se produira dans l'un ou dans les deux côtés. On pourrait même, étant donnés ces renseignements, posséder ainsi quelques notions sur la topographie de la tumeur.

Compression des nerfs. Répondant à la compres-

sion des nerfs et sous sa dépendance, on ne tarde pas à voir apparaître, un certain nombre de symptômes, qui donnent à la pathologie des tumeurs du médiastin une physionomie particulière.

Citons d'abord la *toux* : cette toux passagère et isolée, ou bien revenant par accès quelquefois suivis d'hémoptysies, est souvent un symptôme de début. Dans un certain nombre de cas, ce signe a pu faire songer à de la tuberculose commençante, à de la bronchite ou même à de l'emphysème.

La *dyspnée*, n'apparaissant d'abord, qu'à l'occasion d'un effort, elle ne tarde pas à devenir habituelle. Depuis une simple oppression, jusqu'à l'orthopnée : on rencontre tous les types intermédiaires. Les malades, sont anxieux, anhelants, généralement assis sur leur lit, utilisant toutes leurs puissances respiratoires. En dehors de l'influence nerveuse dont nous parlerons tout à l'heure, cette dyspnée reconnaît également pour cause, l'insuffisance de l'hématose ; le sang mal oxygéné venant directement impressionner les centres nerveux.

En même temps que la dyspnée et parallèlement à elle, ne tardent pas à éclater, de terribles *accès de suffocation*, qui ne tardent pas à imprimer à la marche de la maladie une allure spéciale. De grande valeur diagnostique, ces accès peuvent éclater sans cause, ou à la suite d'efforts de toux ; ils peuvent rester isolés, ou se succéder plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, simulant l'accès de suffocation du

croup, l'asthme nerveux la crise d'angine de poitrine ou d'asystolie.

La voix peut-être voilée, ou même complètement éteinte ; elle est quelquefois *bitonale*. Ces altérations de la voix, sont ordinairement transitoires, mais elles peuvent être permanentes. Elles apparaissent généralement à une période avancée de l'évolution des tumeurs, mais elles peuvent être aussi un signe de début.

Tous ces troubles, toux, dyspnée, accès de suffocation, altérations de la voix, sont évidemment d'origine nerveuse, ils sont dus à la compression des pneumogastriques et des récurrents, cette compression n'étant point rare ainsi que nous l'avons vu au chapitre de l'anatomie pathologique. La compression des nerfs phréniques fréquemment englobés par les tumeurs du médiastin, est une cause importante de dyspnée.

À l'irritation du sympathique, se rattache un symptôme rarement observé à la vérité, *l'inégalité pupillaire*.

C'est également à la compression nerveuse, (pneumogastrique) que nous rattacherons les différentes modifications du pouls. Le pouls peut-être ralenti (*bradycardie*), il peut tomber à 30 ou 35 pulsations, mais c'est là un phénomène rare. En général, il est accéléré (*tachycardie*) et peut monter de 120 à 130 pulsations à la minute, la tachycardie, est considérée par le docteur Letulle comme un bon signe des tumeurs du médiastin.

Compression de l'œsophage. Bien que dans cette variété de tumeurs, la *dysphagie* soit un phénomène rare et qui se rapporte plutôt à l'histoire des tumeurs du médiastin postérieur, nous devons néanmoins la signaler. Dans bon nombre d'autopsies, on trouve en effet l'œsophage dévié de sa direction et en rapport avec des ganglions envahis secondairement ou avec des prolongements de la tumeur elle-même. La dysphagie qui résulterait de ce voisinage serait plutôt une dysphagie d'irritation, de l'œsophagisme, qu'un trouble de compression.

Compression de la trachée et des bronches. Dans les tumeurs du médiastin antérieur, la trachée et les bronches sont rarement comprimées, elles sont souvent englobées seulement dans la masse de la tumeur et entourées par les ganglions dégénérés. Elles peuvent néanmoins subir une compression importante dans quelques cas et c'est ainsi que cette compression peut s'ajouter aux nombreuses causes de la dyspnée.

L'obstacle à la pénétration de l'air dans le poumon, peut déterminer du *tirage sus-sternal, sus-claviculaire, épigastrique*. Notons toutefois que nous ne trouvons point ces symptômes dans les 9 observations que nous rapportons dans cette thèse.

Un fait plus souvent noté, est la présence à la hauteur du hile du poumon, dans l'une ou l'autre des fosses sous épineuses d'un *souffle* rude et intense. Ce souffle se trouve noté dans deux observations du docteur Letulle, observation V et VII. Ce souffle peut

s'entendre aux deux temps de la respiration ou être inspiratoire seulement.

Action sur le système ganglionnaire. A l'imitation des autres tumeurs, les tumeurs du médiastin antérieur, retentissent sur le système ganglionnaire et c'est là un bon signe de leur présence et de leur malignité. Cet envahissement qui peut se faire au début se fait quelquefois plus tardivement : on l'a vu se produire quelques jours seulement avant la mort. Les ganglions les plus fréquemment engorgés sont ceux de l'aisselle, unilatéralement ou des deux côtés ; viennent ensuite ceux de l'aine et du creux sous-claviculaire.

OBSERVATIONS

Les 8 observations qui vont suivre appartiennent à M. le Docteur Letulle et ont été déjà publiées dans les Archives générales de médecine de 1890. La dernière, seule, a été prise dans le service de M. le Docteur Tapiet, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine ; elle nous est personnelle, avec M. Demantké, interne du service.

OBSERVATION I

Cancer primitif du médiastin antérieur (lympho sarcôme atypique, sarcôme adénomateux) reconnu aisément, grâce à ses signes de compression. D^r Letulle.

Le 12 juin 1889, entré dans le service un homme âgé de 46 ans, encore robuste et nullement amaigri se plaignant de dyspnée et ayant eu une légère hémoptysie la veille.

C'était la seconde fois qu'il crachait le sang, la première hémoptysie ayant eu lieu huit jours auparavant, à la suite d'un accès de toux.

Il n'y avait que trois semaines que cet homme jusque là bien portant, avait cessé complètement son service fatigant de garçon d'hôtel. Somme toute, il n'y avait pas plus de six semaines qu'il avait commencé à se sentir

souffrant. Jusque-là, sauf une pleurésie légère, traitée trois ans plus tôt, il avait toujours eu une excellente santé.

L'examen des poumons ne donne aucun signe pouvant faire penser à la tuberculose : on retrouve simplement les traces de la pleurésie ancienne.

L'auscultation du cœur fait entendre, à la pointe, un bruit de souffle systolique suffisant pour expliquer les hémoptysies.

En regardant la région thoracique du côté droit, on trouve une certaine voussure au niveau des 4^e et 5^e espaces intercostaux au voisinage du bord droit du sternum. La percussion pratiquée à ce point ne donne aucune submatité ; au contraire, le poumon y est plus sonore que normalement. La percussion pratiquée également le long du bord postérieur du poumon droit montre que la sonorité est également exagérée.

L'existence d'une tumeur intra-thoracique siégeant à droite et au dessus du cœur, ne pouvait plus faire aucun doute.

Tenant compte de cette compression centrifuge du poumon droit tassé contre les côtés et les espaces en avant comme en arrière, on affirme qu'il ne s'agissait pas d'un anévrysme de l'aorte descendante et qu'on avait affaire plutôt à une tumeur du poumon ou du médiastin antérieur.

On admit l'hypothèse d'un néoplasme du médiastin antérieur, et on s'empessa de faire la numération des globules du sang. Il n'y avait pas trace de leucocythémie, malgré une hypoglobulie manifesté. Le docteur Letulle affirma l'existence d'une tumeur néo-plasique développée dans le médiastin, et que s'il ne s'agissait pas d'un lymphadénome, on trouverait sans doute un sarcôme hematode.

Dès le lendemain de son arrivée, le malade se plaignait d'oppression plus vive et de céphalalgie : la face paraissait un peu cyanique et les veines du cou se dessinaient largement sous la peau.

Huit jours plus tard, ce furent des accès de vertige survenant pendant la nuit, de la dilatation manifeste des veines de la paroi thoracique, et quelques jours après, sans modification sensible des signes thoraciques de l'œdème de la région sous maxillaire et des paupières, et bientôt de la partie supérieure du thorax.

Bref, le 10 juillet, moins d'un mois après son entrée, le malade offrait les signes classiques de la compression de la veine cave supérieure : cyanose avec œdème de toute la partie sus-ombilicale du corps. L'amaigrissement fit de rapides progrès, et le malade succomba le 10 juillet. Deux jours avant la mort, on constatait pour la première fois, principalement à droite, l'induration de 2 ou 3 ganglions lymphatiques.

Autopsie. — On trouva une volumineuse tumeur logée dans le médiastin antérieur et mesurant 13 centimètres de hauteur sur 15 centimètres de large.

Le poumon droit était refoulé excentriquement par la masse qui bombait à droite du sternum : un seul petit noyau embolique se montrait à la base du bord postérieur du lobe supérieur.

Le cœur était comprimé par la tumeur et était le siège de symphyse péricardique ancienne. Les veines du cou étaient comprimées et la veine cave supérieure était remplie par un bourgeon sarcomateux.

Le médiastin postérieur était indemne de lésions : seul, l'œsophage était repoussé latéralement à gauche par la tumeur.

Le foie contenait un petit noyau sarcomateux secondaire.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'il fallait dénommer la tumeur du nom de lympho-sarcome trabéculaire, sarcome adénomateux.

OBSERVATION II

Tumeur primitive du médiastin antérieur (sarcome globo-cellulaire) Docteur M. Nicolle.

Catherine, 67 ans, pensionnaire de l'hospice des Ménages, entré une première fois le 3 février 1886, dans le service de M. Robin, pour une bronchite aiguë dont elle guérit rapidement. Revient une deuxième fois au milieu de mars, pour une nouvelle poussée de bronchite et quitte le service au bout de trois semaines en bon état.

Elle rentre à la fin de septembre, se plaignant de lassitude. L'examen de la malade ne permet de constater sur elle que : 1° un emphysème pulmonaire notable ; 2° une tachycardie remarquable sans arythmie ; 3° une petite saillie au niveau du premier espace intercostal gauche contre le bord gauche du sternum.

Aucun accident ne survient pendant toute la durée du mois de septembre sauf un accès de suffocation. Tout à coup, le 5 octobre, sans prodromes, la malade est prise d'un accès de suffocation formidable et meurt.

Autopsie. — L'autopsie montre : 1° une tumeur blanche de la grosseur d'une noix adhérente au bord gauche du sternum au niveau du premier espace intercostal elle envoie un prolongement se continuant avec le reste de la tumeur ; 2° Cette tumeur se prolonge en arrière de

la clavicule gauche, tout en demeurant plus bas que la fourchette sternale. La tumeur a infiltré la plèvre gauche.

A droite, la tumeur ne dépasse pas le premier espace intercostal et adhère en avant à la moitié supérieure du plastron sternal et recouvre en arrière les organes du médiastin respectant la plèvre et le poumon.

Le poumon droit est amphysémateux.

L'œsophage est sain : il adhère à un gros ganglion néoplasique.

Le pneumo-gastrique droit est intact ; le nerf récurrent gauche passe au milieu de la masse retro-trachéale, tandis que l'artère sous-clavière gauche, se creuse une gouttière sur la partie supérieure de la tumeur.

Un grand nombre de noyaux secondaires existent à la surface du foie.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un sarcome golbo-cellulaire.

OBSERVATION III

Lymphadenome du médiastin antérieur. D^r Letulle.

Homme, 42 ans, pleurésie de la base gauche datant de 4 mois, affaissement de la paroi, thoracique antérieure gauche. Zone de matité sous-claviculaire gauche faisant penser à une pleurésie enkystée sous-claviculaire.

Bientôt, œdème du membre supérieur gauche ; apparition, dans les aisselles, les aines de tumeurs ganglionnaires multiples ; énormes dilatations veineuses dans toute la hauteur du thorax : leucocythémie considérable (1 gl. rouge pour 20 blancs). Mort par asphyxie progressive.

L'autopsie a montré ceci : le sternum et les cartilages costaux sont adhérents à une tumeur qui infiltre en masse le médiastin antérieur, la face antérieure du péricarde, les vaisseaux de la base du cœur.

La plèvre et le poumon gauche sont largement infiltrés.

La tumeur était constituée par un lymphadénome extrêmement fibreux.

OBSERVATION IV

Pleurésie purulente du médiastin antérieur. Hymphadénome du médiastin antérieur. Dr Letulle.

Femme de 40 ans, enceinte de 4 mois et demi, entrant à l'hôpital le 25 août 1889, au soir, en proie à une dyspnée extrême.

On constate une pleurésie abondante, on la ponctionne et on retire 800 grammes d'un liquide sero-purulent.

On est frappé de la vaissure considérable formée par les articulations chondro sternales droites, faisant saillie d'un centimètre au moins.

Le diagnostic de pleurésie purulente étant posé, on veut pratiquer la pleurotomie comptant compléter l'opération par un Estlander. Aux premières inhalations de chloroforme, la malade, qui était dans un état d'asphyxie imminent, est prise d'une syncope et meurt.

A l'autopsie, on découvre en même temps qu'une large pleurésie purulente du côté droit, une énorme tumeur, logée comme la précédente, en plein médiastin antérieur et supérieur, et refoulant le cœur en bas et à gauche. Le poumon et la plèvre gauches étaient sains, le

péricarde était infiltré par le néoplasme. Les ganglions du médiastin étaient largement envahis.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un lymphadénome.

OBSERVATION V

Pleurésie droite, fibro-sarcome du médiastin antérieur.

D^r Letulle

Un homme de 57 ans, entré à l'hôpital Tenon pour une affection des voies respiratoires, dont il souffrait depuis 5 mois environ. Jusque là cet homme, très robuste, n'avait jamais été malade : il était très formel à cet égard : encore n'y avait-il que 6 semaines que la toux et la dyspnée s'étaient définitivement établies de manière à l'empêcher de travailler.

Ce malade était manifestement atteint d'une pleurésie droite, avec un épanchement qui nous parut considérable.

Les veines sous-cutanées thoraciques du côté droit, surtout au niveau de la région dorsale, apparaissaient très dilatées, formant sur la peau de larges réseaux bleuâtres très apparents : de même, l'auscultation permettait d'entendre au niveau du hile du poumon droit un large souffle inspiratoire et expiratoire, sans qu'il y eût à ce même niveau de retentissement de la voix, non plus que d'égophonie, de bronchophonie ou de pectoriloquie aphone.

Ce souffle bronchique intense, associé à cette dilatation variqueuse des veines sous-cutanées de la moitié droite du thorax nous fit songer à la possibilité d'une tumeur intra-thoracique.

L'étude détaillée du cœur et de l'aorte, l'absence de tout signe de compression, l'absence d'œdème, fit que l'on se contenta d'affirmer la pleurésie avec épanchement.

La thoracentèse donna issue à 1350 grammes d'un liquide blanc jaunâtre puriforme et le diagnostic de pleurésie purulente paraissait satisfaire l'esprit. Le thermomètre n'avait pas dépassé 37° et ce chiffre ne concordant guère avec une pleurésie purulente, comment d'ailleurs expliquer la dilatation des veines du thorax. L'examen du liquide pleural permettait d'ailleurs de soupçonner une lésion sous-jacente à la pleurésie et on en arriva à soupçonner l'existence d'un lymphadénôme du médiastin.

Trois jours après la thoracentèse, une nouvelle ponction était nécessaire et permettait d'évacuer 1500 grammes d'un liquide lactescent. L'amélioration qui en résulta persistait sans trace de fièvre depuis six jours lorsque subitement au milieu de la nuit du 6 juin, le malade succomba dans une syncope.

L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une tumeur fibro-sarcomateuse primitivement développée dans le médiastin antérieur et ayant donné lieu secondairement à une pleurésie néo-membraneuse du côté droit. Cette tumeur cachée derrière le sternum qu'elle doublait pour ainsi dire, mesurait 18 centimètres de haut sur 15 centimètres de large. Elle adhérait d'une part intimement au bord antérieur du poumon gauche et d'autre part à la presque totalité du poumon droit. En haut la masse ne dépassait pas la fourchette sternale, mais englobait en les immobilisant sans les écraser complètement et sans les perforer, la plupart des canaux veineux du sommet du thorax.

En arrière, la tumeur recouvrait la face antérieure du

feuillet pariétal du péricarde et formait sur la face viscérale une tumeur étalée plate à peine saillante dans la cavité péricardique.

Les ganglions péribronchiques surtout, au niveau du bile du poumon droit, étaient devenus néoplasiques. La masse que formaient de chaque côté de l'aorte thoracique et de l'œsophage, ces ganglions devenus sarcomateux constituaient la seule lésion néoplasique du médiastin postérieur.

Il résulta de l'examen de la tumeur que c'était un fibro-sarcôme.

OBSERVATION VI

*Cancer du médiastin antérieur. Obs. de M. C. Nicolle,
interne des hôpitaux.*

Un homme de 50 ans, entré le 19 février 1890 à l'Hôtel-Dieu, se plaignant depuis 4 mois de lassitude, de douleur en barre à l'épigastre et d'affaiblissement des deux membres inférieurs, autant de signes qu'on reconnaît appartenir à une myélite subaiguë diffuse pour laquelle un traitement est institué.

En outre, comme le malade tousse et qu'il éprouve une douleur sourde retro-sternale, on examine avec soin les viscères thoraciques et l'on ne trouve qu'un certain degré de bronchite chronique avec emphysème.

Le 25 février, le malade se plaint d'une oppression très marquée, sa voix est bitonale mais rien ne fait encore prévoir un dénouement prochain. Il meurt subitement en s'efforçant d'aller à la garde-robe.

L'autopsie démontré l'existence d'une tumeur volu-

mineuse du médiastin antérieur. Située au devant de la crosse aortique, mesurant 12 centimètres de haut sur 10 centimètres de large, cette masse ne se prolonge en arrière que dans l'intervalle qui sépare l'aorte de l'artère pulmonaire et vient s'adosser à la trachée et la bronche gauche qu'elle ne déborde pas.

En haut, elle englobe assez largement l'origine de la carotide primitive et de la sous-clavière gauche.

La portion verticale de la crosse aortique est circonscrite par un prolongement de la tumeur.

Les ganglions sous-trachéo-bronchiques, sont infiltrés par le néoplasme.

Les poumons, principalement le gauche, sont envahis par des noyaux secondaires : aucune lésion néoplasique n'a été trouvée dans les autres organes.

L'examen microscopique fait voir que la tumeur à laquelle on a eu affaire est un sarcome embryonnaire prenant par places l'aspect de carcinome diffus atypique.

OBSERVATION VII

Carcinome primitif du médiastin antérieur. Pleuresie gauche. Ob. de M. Mallet.

Une femme de 23 ans entre le 24 juin 1890 à Cochin. Elle n'est malade que depuis un mois, elle tousse et est soignée pour une pleurésie gauche.

A l'entrée, outre l'épanchement pleural gauche reconnu en ville, on note un souffle très rude au niveau de la bronche droite en arrière, ainsi qu'une dyspnée hors de proportion avec l'épanchement modéré.

Une première ponction de 1500 grammes a lieu le 25

juin, une deuxième de 1600 grammes le 30 juin, en même temps apparaît un œdème notable de la face et des mains albuminurie; bientôt la face, les membres supérieurs et le tronc s'œdemattent à leur tour, et de larges réseaux veineux sous-cutanés se dessinent sur le thorax. L'orthopnée s'accuse, l'œdème du segment sous-diaphragmatique du corps devient considérable. Aussi, malgré l'absence de tout signe stéthoscopique ou plessimétrique bien net au niveau du sternum on porte le diagnostic de tumeur du médiastin antérieur. Il y avait de la tachycardie.

3^e ponction de 1000 grammes le 5 juillet; 4^e ponction 700 grammes le 8 juillet, une thrombose se développe dans les veines jugulaires, des crises de suffocation s'établissent le 10 juillet on pratique une 5^e et dernière thoracentèse de 700 grammes environ et la malade meurt le 12 juillet.

La nécropsie permet d'enlever une tumeur du médiastin, dure, englobant la trachée, les vaisseaux artériels et vaveux de la base du cou. Il faut sculpter en pleine masse néoplasique pour retrouver les nerfs phréniques et les filets du plexus cardiaque.

La tumeur a envahi totalement la veine cave supérieure dont les parois infiltrées ont donné accès aux bourgeons cancéreux qui oblitèrent le calibre de la veine dans toute sa hauteur.

Les ganglions du médiastin, la presque totalité de la portion thoracique de la trachée ainsi que la bronche droite sont enclavées dans la tumeur.

L'examen microscopique permet d'établir qu'il s'agissait d'un carcinôme alvéolaire très végétant et très vasculaire.

OBSERVATION VIII

Observations de M. Thiroloix

Félix Bern...., 65 ans, bonne santé jusqu'à il y a six mois. A cette époque l'oppression apparaît, des accès de suffocation violente se produisent la nuit ; enfin, il y a trois mois, début d'un œdème douloureux de la main droite en même temps cyanose de la face, vertiges fréquents.

Dès l'entrée on note : cyanose avec œdème de la moitié supérieure du corps, intégrité des membres inférieurs.

L'examen du thorax montre une matité notable inter-scapulo-vertébrale droite : râles de bronchite disséminés, rien de plus à l'auscultation.

Aucune trace d'adénopathie, aucune douleur thoracique. Orthopnée constante. On voit se former rapidement un épanchement pleural double.

Le malade meurt 8 jours après son admission à l'Hôtel-Dieu.

Autopsie : Immédiatement derrière le sternum, existe une tumeur qui enserre tous les tissus voisins, le sommet de la plèvre gauche et la plèvre médiastiné adjacente sont infiltrés, durcis, lardacés.

Les troncs veineux du sommet du thorax, troncs brachio-céphaliques, sont noyés au milieu de cette gangue néoplasique épaisse, leur calibre est presque effacé. Jusqu'à son entrée dans le péricarde, la veine cave supérieure est aplatie non ulcérée mais enserrée dans le tissu néoplasique, elle laisse à peine passer une sonde cannelée.

La veine azygos est complètement enfouie dans cette masse résistante, ainsi d'ailleurs que le pneumogastrique.

droit. Les ganglions péri-trachéo-bronchiques droits sont seuls atteints.

Le tissu qui forme la tumeur est résistant à la coupe comme cartilagineux par places, blanc grisâtre : la pression sur les coupes fait sortir des petits amas caséiformes.

L'examen histologique montre que la tumeur est constituée par un épithélioma pavimenteux tutulé.

OBSERVATION IX (personnelle).

X..., chauffeur, âgé de 26 ans, marié sans enfants.

Antécédents héréditaires : Père âgé de 60 ans, emphysémateux. Mère 55 ans, bien portante. Deux sœurs, l'une de 31 ans, l'autre de 24 ans, mariées et de bonne santé.

Antécédents personnels : Dans sa première enfance, nous relevons une rougeole à 5 ans sans complications. Il n'a pas eu de coqueluche. Il fut réformé du service militaire par défaut de taille.

Il y a quatre ans, il fut pris d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu ayant atteint les deux genoux.

Cette attaque dura une quinzaine de jours. Elle fut suivie plus tard de légères douleurs rhumatoïdes dans les articulations scapulo-humérales. Le malade toussait rarement, s'essouffait difficilement et n'a jamais eu d'hémoptysie.

On ne trouve chez lui aucune trace d'alcoolisme. Pas de syphilis ni de blennorrhagie.

Il y a deux ans, il aurait eu une pleurésie double ayant duré une quinzaine de jours.

La maladie actuelle remonte au mois de février dernier.

Il fut dès cette époque forcé d'interrompre son travail, Il s'aperçut alors que le matin au réveil sa face était œdématisée. Peu de temps après se montra un œdème du membre supérieur gauche qui disparut bientôt, pendant que du côté droit se montrait un œdème plus considérable que le précédent. Il y a quelques jours réapparition de l'œdème du bras gauche. En même temps que ces accidents se montraient du côté de la moitié supérieure du tronc, le malade était en proie à une dyspnée intense surtout manifeste la nuit. Dès cette époque, il ne pouvait dormir dans le décubitus dorsal et ne pouvait reposer que couché sur le côté droit. L'alimentation était difficile, chaque déglutition amenait un effort de toux. Il n'y avait pas de troubles de l'ouïe ni de la vue.

Bientôt se développèrent sur le thorax de nombreuses varicosités en même temps que se montrait l'œdème de cette région, il fut alors soumis au régime lacté.

Son état ne s'améliorant pas le malade demande son admission à l'hôpital Saint-Antoine où il fut reçu salle Bichat, n° 28, le 7 avril, dans le service de notre maître le docteur Tapret.

Examen fait le 10 avril 1893. La face est bouffie et cyanosée. L'exophtalmie est très accentuée. Les paupières qui ont l'apparence de voiles membraneux gonflées sont projetées en avant. Cet œdème des paupières s'accompagne de légères varicosités, surtout au niveau de la paupière supérieure. Epiphora. Photophobie intense.

Pas de bourdonnements d'oreille, ni d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Le malade est forcé de rester assis sur son lit pour respirer, le corps penché en avant et les bras allongés : On n'observe pas de tirage

sus-sternal. Pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité.

Si l'on découvre le malade on est frappé par la différence notable qui existe entre la partie supérieure et la partie inférieure du corps.

Les membres inférieurs sont très amaigris. Au contraire le thorax et les membres supérieurs sont le siège d'un œdème considérable surtout visible aux avant bras et sur le dos de la main. La déformation en godet s'obtient nettement sauf sur la main où la peau distendue à son maximum revient de suite à sa position première. Le périmètre du bras à sa partie moyenne dépasse celui de la racine de la cuisse, accentuant aussi le contraste entre les deux moitiés supérieure et inférieure du corps.

Sur la partie antérieure du thorax varicosités très développées surtout au niveau de la partie médiane. Quelques-unes plus petites siègent sur les parties latérales. Toutes se continuent avec le réseau veineux abdominal.

Pas d'inégalité pupillaire.

La palpation des régions axillaires et inguinales décèle la présence de petits ganglions mobiles peu hypertrophiés.

En palpant profondément la région sus-claviculaire à sa partie interne on sent derrière l'articulation sterno-claviculaire droite une petite masse très dure semblant faire corps avec l'os et se prolongeant profondément dans l'intérieur de la cavité thoracique.

Les urines assez abondantes ne renferment pas d'albumine. Pas d'ascité. Pas de diarrhée ni de constipation.

Le foie ne dépasse pas les fausses côtes. Rate petite.

La palpation du poulx est rendue difficile par suite de l'œdème considérable du poignet. Il est petit et lent.

Le poulx crural est au contraire fort et vibrant. Pas.

de pouls véneux des jugulaires ni de battements hépatiques.

Examen de la cavité thoracique. En avant matité très nette au niveau du sternum et dépassant les bords de cet os. Les ballements du cœur sont précipités, contrastant avec la faiblesse et la lenteur du pouls radial. Pas de bruits de souffle.

L'examen des poumons montre en avant une diminution de la respiration du côté droit avec augmentation du côté gauche.

En arrière la matité inter-scapulaire n'est pas augmentée. Matité complète à la base gauche. A l'auscultation souffle expiratoire intense légère égophonie : Respiration supplémentaire dans le reste du poumon.

A droite diminution du murmure vésiculaire submatité. Pas d'égophonie. Abolition des vibrations thoraciques.

Pas de troubles laryngés, la dyspnée est continue sans accès de suffocation. Il semble ne pas y avoir de compression des récurrents.

Trailement. Ventouses sèches en arrière et à gauche. Régime lacté. Iodure de sodium 1 gr. Inhalations d'oxygène. Injections hypodermiques de liqueur de Fowler au 1/3 à la dose de 4 gouttes le premier jour.

12 Avril ; l'œdème des paupières a augmenté. L'ouverture des yeux est impossible. La lèvre supérieure est œdématiée. Le souffle de la base du poumon gauche persiste. Gros râles sibilants et ronflants du même côté. Nouvelle application de ventouses et injection de liqueur de Fowler 2 fois dans la journée.

Le 14 l'œdème augmente toujours. La dyspnée se continue. Le malade meurt à 7 heures du matin sans avoir présenté d'accès de suffocation.

Autopsie. L'incision des parois thoracique et abdominale ouvre de nombreuses petites vésicules qui saignent abondamment. Les veines de la paroi sont œdématisées, les veines du péritoine très dilatées.

La section de la cage thoracique du côté droit donne issue à un liquide pleural citrin. Du côté gauche on trouve un épanchement sera purulent de 1 litre 1/2 environ. Adhérences pleurales nombreuses en avant du même côté. Le long de l'artère mammaire interne petits ganglions noirâtres de la grosseur d'un pois.

La paroi thoracique antérieure étant enlevée on aperçoit aussitôt une masse blanchâtre formée par l'agglomération de gros noyaux soudés entre eux surplombant le cœur qui semble refoulé en bas. La masse se prolonge en haut jusqu'au corps thyroïde englobant tous les vaisseaux de la base du cœur. Elle adhère à la tête de la clavicule droite et à son articulation avec le sternum.

Le bord antérieur du poumon droit est parsemé de petits noyaux durs, jaunâtres de même apparence que ceux de la masse principale. Du reste cette partie du poumon droit est intimement unie à la tumeur par une pont de substance de même nature qu'elle.

La tumeur haute de 15 centimètre est large de 12 à sa partie moyenne. Le péricarde y adhère au niveau de la base du cœur. Intimement unie au bord antérieur du poumon droit elle ne contracte aucune adhérence avec le poumon gauche.

Dans la cavité pleurale gauche nous avons déjà noté la présence d'un liquide séro purulent abondant, tenant en suspension quelques filaments muqueux. La tumeur proémine peu du côté de cette cavité gauche. Mais en arrière du côté droit on voit la masse se prolonger en haut sous

forme d'une corne qui surplombe la clavicule et peut être perçue en avant dans la région sus-claviculaire.

La paroi antérieure du cœur n'est pas adhérente à la tumeur qui est entièrement située au-dessus de lui. Mais on remarque de nombreuses adhérences qui l'unissent au péricarde surtout au niveau de sa partie majeure.

Le cœur est petit. A sa face postérieure plaque blanchâtre de 1 centimètre de diamètre située loin de la tumeur et ne ressemblant pas macroscopiquement aux noyaux secondaires notés plus haut dans le poumon droit. Nombreux caillots fibrineux dans les cavités cardiaques. Pas d'altération des valvules.

L'aorte de volume normal n'est pas comprimée par la tumeur. Le doigt introduit en crochet dans sa cavité la parcourt aisément dans toute son étendue.

Après avoir pratiqué une coupe du ventricule droit et de l'oreillette droite de manière à pénétrer dans la veine cave supérieure on note que celle-ci est manifestement comprimée et diminuée de volume. Cependant sa paroi ne paraît pas envahie par des bouchons sarcomateux, tandis que la cavité de la sous-clavière droite est comblée par un caillot faisant corps avec la paroi. A la face inférieure du cœur on voit quelques ganglions noirâtres de la grosseur d'une noisette.

Si l'on examine la tumeur par sa face postérieure il est facile de voir que l'œsophage et l'aorte ne sont ni envahis ni comprimés. Au niveau du cardia se trouvent quelques ganglions noirâtres accompagnant les pneumogastriques.

L'aorte thoracique est saine. Quelques petits ganglions accompagnent les artères intercostales.

Les poumons non congestionnés ne renferment pas de

tubercules. Le poumon gauche comprimé par l'épanchement est diminué de volume. Quelques adhérences au sommet du poumon droit.

Le poids de la masse adhérente au cœur et aux poumons est de 2150 grammes.

Cavité abdominale. Veines très saillantes à la face inférieure du diaphragme. Le foie pesant 1350 gr. est un peu congestionné. La vésicule biliaire non dilatée ne renferme pas de calculs. Pas d'hypertrophie des ganglions avoisinant cet organe. La rate pèse 100 gr. elle est de consistance normale.

Les reins pèsent chacun 180 grammes. Le droit est très congestionné sa substance corticale est épaissie.

L'estomac et l'intestin sont normaux. Pas de ganglions hypertrophiés le long des vaisseaux mésentériques. Pas d'hypertrophie des ganglions du bassin.

Pancréas normal.

Cerveau 1250 grammes. Léger exsudat méningitique à sa convexité. Pas d'hydropisie ventriculaire.

Examen histologique. — La tumeur est formée en grande partie de cellules allongées de dimensions variables et se réunissant en faisceaux qui s'entrecroisent en divers sens. Ça et là apparaissent quelques vaisseaux sans paroi propre et entourés d'éléments embryonnaires. En quelques points la tumeur est formée par un réticulum à petites mailles et à parois épaisses circonscrivant des fentes remplies de cellules embryonnaires. Cet aspect ne se retrouve qu'en certains endroits isolés, la plus grande partie de la masse se rattachant au type du sarcome fascicule à grandes cellules.

DIAGNOSTIC. — Il est des cas, dans lesquels le soupçon d'une tumeur du médiastin antérieure se transforme rapidement en certitude. Lorsque chez un sujet jusqu'alors bien portant et sans antécédents bacillaires, on voit survenir de la toux, de la dyspnée, bientôt suivies de redoutables accès de suffocation, tandis que l'auscultation du cœur et du poumon méthodiquement conduites, ne dévoilent rien d'insolite ; le diagnostic s'impose.

Il devient d'une rigueur absolue, si aux symptômes ci-dessus mentionnés, viennent s'ajouter la dilatation veineuse, la cyanose et l'œdème de la partie sus-ombilicale du corps, en même temps que l'envahissement des ganglions lymphatiques, devient manifeste.

Il s'en faut que le diagnostic présente toujours cette facilité, car le tableau des accidents est rarement complet, la symptomatologie est variable, dans l'ordre de son apparition et dans sa marche.

Le plus souvent le diagnostic aura à porter sur trois points.

- 1° Sur l'existence réelle d'une tumeur intra-thoracique.
- 2° Le diagnostic différentiel.
- 3° Sur le siège de la tumeur, antérieur ou postérieur.

Au début de l'affection, les malades peuvent se plaindre d'oppression légère, de palpitations, on songe à une affection pulmonaire, à de l'asthme, à des désordres cardiaques ; ce n'est qu'à la longue, en étudiant la marche de la maladie et en voyant apparaître les symptômes de la compression de la veine cave supérieure, qu'on soupçonne quelque chose d'anormal du côté du médiastin.

Dans d'autres cas, les tumeurs du médiastin stimulent la tuberculose, commencante, avec ses signes habituels. L'auscultation du sommet des poumons, la lenteur de

l'évolution, l'absence d'amaigrissement et d'antécédents héréditaires mettent en général sur la voie.

L'œdème attire quelquefois le premier l'attention et on songe à de la néphrite. Mais les caractères de cet œdème lui-même et l'examen des urines ne tardent pas à lever tous les doutes.

Chez certains individus, ce sont des douleurs intercostales ou sous-mammaires qui dominent la scène au début du moins, et peuvent en imposer pour des névralgies. Cette confusion ne saurait être de longue durée, la cyanose, la dilatation veineuse, etc. se montrent bientôt et le diagnostic de néoplasme intra-thoracique devient facile.

Une fois fixé sur la présence d'une tumeur médiastine, il reste encore à déterminer la variété à laquelle on a affaire.

On ne confondra point la tumeur avec l'*abcès du médiastin*. Dans les cas rares où cet abcès est idiopathique, les commémoratifs viennent éclaircir le diagnostic. Quand il est secondaire à un abcès du cou, à une carie ou à une fracture du sternum, à une lésion de l'œsophage ou du médiastin, il s'accompagne en général des signes propres à ces affections. D'ailleurs les phlegmons n'existent pas sans fièvre, tandis que les néoplasies sont apyrétiques; de plus les premiers ne tardent pas à atteindre le cou, l'épigastre, un espace intercostal et dans les cas improbables où un doute subsisterait dans l'esprit, la ponction exploratrice ne tarderait point à le dissiper.

Ayant des symptômes communs, voussure, signes de compression l'*anévrisme de l'aorte* peut donner lieu à des hésitations, mais il se révèle bientôt à l'observateur par l'existence de mouvements d'expansion, de battements,

de souffles. Pour ne point retomber dans d'inutiles redites, nous n'insisterons point sur cette question et nous renvoyons ceux qui désireraient l'apprendre à la thèse de Siebert.

Les tumeurs du sternum, ne seront point prises pour des tumeurs de médiastin antérieur. Les premières ont en effet une voussure limitée et nettement sternale, tandis que les secondes siègent en général en dehors des limites du sternum et se confondent insensiblement avec le plan du thorax. Si on ajoute à cela l'amaigrissement de la paroi et l'aspect violacé des tumeurs sternales, on comprendra que les hésitations du clinicien ne tarderont pas à s'évanouir.

Le *cancer de l'œsophage* a pu, à première vue, en imposer pour des tumeurs du médiastin antérieur. Nous rappellerons que la dysphagie, rare dans le second cas, est constante dans le premier. De plus, le cathétérisme de l'œsophage, l'absence des signes de compression veineuse peuvent trancher la difficulté.

Le *cancer du poumon* est quelquefois plus difficile à différencier. Néanmoins un peu d'attention évitera des méprises. Le cancer du poumon est généralement secondaire, il donne à la percussion de la matité au lieu d'une sonorité souvent exagérée. L'expectoration caractéristique, l'âge du sujet, la marche de la maladie empêcheront la confusion.

Nous en dirons autant du *kyste hydatique du poumon*. Le kyste hydatique évolue lentement, il ne donne point lieu à de l'engorgement ganglionnaire et se vide en général dans les bronches.

L'âge du sujet distingue la *tuberculose des ganglions bronchiques* des tumeurs du médiastin. La première s'ac-

compagne en général de tuberculose pulmonaire et elle diffère de la seconde par son évolution.

L'adénie et la *leucocythémie* ont des symptômes bien spéciaux. Les tumeurs ganglionnaires du cou, de l'aîne, des aisselles, l'hypertrophie de la rate, du foie, l'anémie la faiblesse du malade, l'examen du sang seront autant d'éléments différentiels.

Il suffit enfin de penser à la possibilité de tumeurs, d'abcès pénétrant secondairement dans le médiastin pour trouver leur origine.

Une fois que l'idée de tumeur du médiastin s'est transformée en certitude, il n'est pas non plus indifférent de connaître son siège antérieur ou postérieur.

Les tumeurs du médiastin antérieur se rencontrent surtout chez de jeunes sujets, qui ne sont pas encore arrivés à la période où se développent habituellement les cancers. Les auteurs leur reconnaissent une étendue, nous avons vu néanmoins que c'était un signe sur lequel il ne fallait pas trop compter. Nous n'en dirons pas autant des grands symptômes de compression vasculaire, la cyanose, l'œdème, la dilatation veineuse, etc., qui appartiennent bien en propre aux tumeurs du médiastin antérieur.

Dans les tumeurs du médiastin postérieur, ce qui domine surtout ce sont les symptômes de compression nerveuse. C'est la dysphagie, le cornage de grande valeur diagnostique : ce sont les accès de suffocation survenant rapidement. c'est enfin la rapidité de l'évolution, plus grande que dans les tumeurs du médiastin antérieur.

Il est des cas intermédiaires où les tumeurs empiétant sur toute l'étendue du médiastin les deux symptomatologies se trouvent réunies. En étudiant la marche de l'affec-

tion et les différents symptômes dans leur ordre successif d'apparition il ne sera pas néanmoins très difficile de se prononcer.

Pronostic. Le pronostic des tumeurs du médiastin est fatal. Dans ces cas funestes, il ne peut être question que d'une évaluation de temps et c'est pourquoi le diagnostic du siège de la tumeur a de l'importance. Les tumeurs du médiastin antérieur caractérisées par la compression veineuse, évoluent plus lentement; celles du médiastin postérieur qui rapidement viennent à envahir les nerfs amènent rapidement la mort. Dans la pratique néanmoins cette distinction a une valeur plus apparente que réelle, trop souvent les tumeurs du médiastin antérieur existent longtemps à l'état latent et ne donnent lieu à des symptômes appréciables que lorsque les lésions sont déjà avancées, les accidents débutent brusquement et les désordres ultimes, ne tardent pas à se produire, à l'exemple des tumeurs cérébrales, qui dans de nombreux cas, au lieu d'avoir de longs prodromes, ont un début soudain.

Dans tous les cas, quand chez un individu porteur d'une tumeur du médiastin antérieur viennent à apparaître des signes de compression nerveuse, caractérisés principalement par des accès de suffocation, l'envahissement secondaire du médiastin postérieur s'impose à l'esprit et la mort est proche

La mort survient de deux façons, lentement, par asphyxie lente, ou brusquement par syncope. Cette dernière terminaison est évidemment en rapport avec une excitation dans la sphère du pneumogastrique et nous savons qu'une pareille irritation suffit à arrêter le cœur en diastole.

Il sera également nécessaire, dans l'établissement du

pronostic, de tenir compte de la pleurésie souvent concomitante et des complications telles que la péricardite, l'œdème pulmonaire, les hémoptysies, l'envasement du poumon par la tumeur et enfin sa généralisation aux ganglions et autres organes.

Traitement. Le traitement des tumeurs du médiastin est du domaine médical : il ne saurait évidemment être question d'une intervention chirurgicale à la période d'état du moins, la chirurgie ne pouvant pénétrer sans danger dans ces redoutables régions. Au début, peut-être, alors que la tumeur est bien localisée, on pourrait peut-être songer à une extirpation, déjà rendue difficile par le voisinage périlleux d'organes dont la lésion serait irrémédiable. La conception d'une pareille opération n'a rien de puéril et dans son traité de pathologie chirurgicale, Kœnig nous rapporte des faits, où l'on fut conduit à ouvrir largement le médiastin pour enlever des tumeurs malignes qui avaient pris naissance aux dépens du sternum. Pour entreprendre une telle opération dans le cas qui nous occupe il faudrait que l'on eût la certitude que la tumeur fut facilement énucléable et de plus que ses limites fussent exactement connues : on conçoit la difficulté d'un pareil diagnostic fait à un moment où tout symptôme fait défaut.

Force est donc de revenir au traitement médical, qui ne peut être hélas que palliatif. Contre la tumeur elle-même et sans se faire d'illusion sur l'issue fatale de la maladie, on pourra utiliser les vertus fondantes de l'iodure de potassium. On donnera également de la liqueur de Fowler : on l'administrera soit par la voie stomacale, par la méthode ordinaire, soit en injections hypodermiques la liqueur étant réduite au tiers à la dose de 5 à 6 gouttes. Pour remédier à la dyspnée on donnera de l'oxygène ou du nitrite

d'amyle. Contre l'œdème pulmonaire, on mettra des ventouses, on ponctionnera les épanchements pleurétiques et on se tiendra prêt à combattre les complications qui peuvent survenir : le traitement ne pouvant influencer la tumeur elle-même, la thérapeutique ne pourra être que symptomatique.

CONCLUSIONS

1° Abstraction faite des tumeurs ganglionnaires et des néoplasmes de nature secondaire, le thymus, ou ses débris, peut être l'origine de tumeurs primitives.

2° L'origine embryogénique du thymus, son évolution, expliquent ce fait qui est d'accord avec l'histologie et la clinique.

3° Les tumeurs se rencontrent de préférence chez de jeunes individus.

4° Elles évoluent avec rapidité.

5° Elles s'accompagnent fréquemment de pleurésie, et cette fréquence est si grande qu'on peut considérer ce syndrome clinique, non comme une complication, mais comme un symptôme, qui, loin d'égarer le diagnostic, doit le faciliter.

6° Il est impossible de délimiter par la percussion les tumeurs primitives du médiastin antérieur.

Vu : le Président de la thèse,
HAYEM.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Tozzelli. — Raccolta di opus coli medico-pratici, t. II, p. 99.

Astley Cooper. — The Anatomy of the Thymus gland p. 44, 1832.

Falcon. — Raccolta di opuscoli medico-pratici, t. II, 1835.

Friedleben. — Die Physiolog. d. Thymus-druse in Gesundh. u. Krankh. Frantifurt a. M.

Rohn. — Deultsche Klinik, p. 227-237. 1864.

Rossbach. — Inaugural dissertation Iena. 1869.

Hayem. — Archive de physiologie normale et pathologique. 1869.

Riegel. — Tuchows Archiv. 1870. B d XLIX p. 208. 1870.

J. Risdon Benett. — Lumbeian lectures on the natural history and diagnosis of intrathoracic cancer. British. med. journ. 1870, p. 541.

Dandé. — Essai pratique sur les affections du médiastin. Montpellier. med. 1871. p. 433.

Srebert. — Quelques considérations sur les tumeurs du médiastin. Thèse de Paris. 1872.

Eger. — Lur Pathol. der mediastinal tumoren. Bres-leau, 1872. — Archiv. f. Klin. Chirurg., 1875, B d. XVIII, p. 493.

Stendener. — Virchow's. Arch. B d 59, p. 463. 1874.

Rendu. — Tumeurs malignes du médiastin. Arch. gén, de médecine. 1875, p. 455.

Afanassier. — Arch. f. mikroskop. Anat. 1877, 5 mai, p. 343.

Brich-Hirschfeld. — Lehrhich der pathol. Anatomie. Leipzig, 1877, p. 454.

Hedenius. — Nordiskt medicinskt B d X, n° 24. 1878.

Hahn et Thomas. — Archiv. gén. de médecine. Mai, 1879.

Letulle. — Note sur le lymphadénôme fibreux. Arch. de physiologie normale et pathologique. Juin, 1885, p. 41. — Semaine médicale. Septembre, 1887. — Archives générales de médecine. 1890.

Dubost. — Obs. de lympho-sarcôme primitif du médiastin. Bull. soc. Anat. 1889, p. 527.

Debove et Achard. — Manuel de médecine, tome I^{er}, p. 520. 1892.

Dieulafoy. — Article médiastin du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique. 1876. — Traité de pathologie.

Kœnig. — Traité de pathologie chirurgicale, tome II, traduction française, p. 57.

Sauné. — Article du dictionnaire de Dechambre.

